

SOLICITUD PARA LA ALIANZA FESTIVA DE LA COMUNIDAD

“Vecinos Ayudando A Sus Vecinos”

2006

Para uso de la agencia que refiere

Revisado

por: _____

Por favor envíe solamente una solicitud por familia!

Usted debe completar cada espacio en blanco para que esta solicitud sea procesada. Debe incluir el ingreso mensual de cada miembro de su familia que vive con usted.

NOMBRE: _____ Teléfono () _____

Dirección de su casa: _____

Escriba el nombre de todas las personas que viven en su casa, empezando por su nombre. (No incluya el nombre de los hijos que no viven con usted ni el nombre de otras personas que viven en su casa y que no son familiares suyos)

Nombre y apellido	SSN	Edad	Masculino/Femenino	Relación a Usted
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Ingreso Mensual de toda la familia:

Por trabajos _____
Estampillas de comida _____
Otros ingresos (SSA/SSI) _____
TANF/GR _____
Pension alimenticia _____
Desempleo _____
Otros ingresos _____

TOTAL DE INGRESOS _____

Gastos Mensuales:

Renta/Pago de casa _____
Electricidad/Gas _____
Teléfono _____
Pago de Carro/Seguros _____
Guardería/Niñera _____
Médico/Dentista _____
Otros gastos (cuáles?) _____

TOTAL DE GASTOS _____

Deseo ser considerado para: Día de Acción de Gracias (comida, artículos de cuidado personal y abrigos)
 Navidad (comida, regalos para niños, y ancianos)
 Ambos

Tiene usted o algún miembro de su familia una discapacidad Si _____ No _____ Quién? _____

Usted puede recibir asistencia de parte de solamente una organización cada año. Nosotros nos comunicaremos con otras organizaciones para evitar duplicaciones. **Por favor escriba sus iniciales indicando que usted comprende esta regla:** _____

No se permiten niños en la tienda. Por favor de poner sus iniciales para indicar que ha entendido esta regla. _____

Certifico que toda esta información es verdadera y correcta. Entiendo que una representación falsa o información falsa puede ser la causa de que se me niegue la asistencia de la Alianza Festiva de la Comunidad. Yo doy permiso a la Alianza para verificar y compartir la información personal y confidencial contenida en mis records, si fuera necesario verificar mi información..

Firma: _____

Fecha _____

Llenar esta solicitud no garantiza que usted recibirá asistencia

Fecha limite para recibir aplicaciones:
Dia de Acción de Gracias, 30 de Octubre
Navidad, 27 de Noviembre

Enviar aplicaciones a:
Loudoun County Department of Family Services
102 Heritage Way, N.E., Suite 103
Leesburg, VA 20176